Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 13 grudnia 1884. № 50. Rok XXIII.

I. Sześć laparotomij wykonanych z powodu niedrożności jelit.

Opisał prof. Dr. A. Obaliński w Krakowie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 49.)

5. Ten przypadek dotyczył dwudziestokilkoletniego żołnierza, do którego zostałem zawezwanym w sierpniu 1881 r. przez lekarza sztabowego Dra Tonnera w celu narady wspólnie z koll. Pareńskim i Paszkowskim. Pacyjent ten doznawał od czasu do czasu przemijających bólów w brzuchu, ostatni zaś napad rozpoczął się przed czterema dniami po zjedzeniu naraz znaczniejszéj ilości chleba i kapusty. Odtąd bóle zwiększały się coraz bardziéj; wzdęcie brzucha bardzo znaczne, zaparcie stolca nieustępujące zwykłym środkom, nudności i wymioty kałowe. Brzuch kształtu kulistego, odgłos bębenkowy, ruch robaczkowy jelit widoczny przez ścianę brzuszną a przy obmacaniu wydawało się, jakoby w okolicy kiszki ślepéj był opór znaczniejszym. Rozpoznawszy niedrożność jelit bez oznaczenia ściślejszego przyczyny przystąpiłem nazajutrz, a więc piątego dnia choroby, przy zachowaniu przepisów antyseptyki do laparotomii celem usunięcia przeszkody, którą przypuszczaliśmy po stronie prawéj. Dla tego też wsunąłem rękę po otwarciu jamy brzusznéj najprzód ku prawéj zatoce biodrowéj, lecz nie znalazłszy tam nic szczególniejszego zwróciłem się ku lewéj, gdzie natychmiast wyczułem taśmę naprężoną, którą ciągnąc ku ranie w celu obejrzenia przerwałem. Wysunięte z téj okolicy jelita cienkie okazywały w jedném miejscu zasznurowanie, a powyżéj znaczne zaczerwienienie otrzewny. Uważając przeszkodę za usuniętą zamknąłem jamę brzuszną szwami jedwabnemi i założyłem opatrunek antyseptyczny. Z przebiegu pooperacyjnego tyle mi tylko wiadomo, że chory czuł po operacyi znaczną ulgę, tak iż w drugim dniu budził stan jego najlepsze nadzieje, które jednak zawiedzione zostały, gdyż trzeciego dnia wystąpił upadek sił, wśród którego pacyjent życie zakończył. Przy sekcyi stwierdzono ostre zapalenie otrzewny, lecz żadnéj więcéj przeszkody mechanicznéj.

6. Szóstą wreszcie laparotomiję wykonałem w domu prywatnym, u młodego kolegi Dra W. K. w roku 1882. Wezwany do narady lekarskiéj w siódmym dniu choroby wspólnie z prof. Rosnerem, prof. Pareńskim i prymaryjuszem Paszkowskim, dowiedziałem się, że pacyjent od dawna skłonnym był do uporczywych zatwardzeń i że mimo to używał pokarmów pożywnych i w wielkich ilościach, chcąc się należycie odżywiać jako podejrzany o naciek płucny. Ostatnia choroba miała się rozpocząć skutkiem znacznego wstrząśnienia powozu grożącego wywróceniem się. W téj chwili poczuł pacyjent ból w brzuchu, który jednak uśmierzył się wkrótce i powrócił dopiero dnia trzeciego, lecz w sposób o wiele gwałtowniejszy. Bóle te występowały odtąd w napadach, brzuch się wzdymał, wystąpiły nudności a potém wymioty niekałowe. Ciepłota ciała niepodniesiona, tętno drobne nikłe, zaparcie stolca nieustępujące żadnym środkom. Brzuch miernie wzdęty daje przy wypuku odgłos jawny z wyjątkiem miejsca ograniczonego nad prawym więzem Pouparta, gdzie był stłumionym. Chory podaje, że najsilniéj występuje ból w lewéj zatoce biodrowéj, gdzie téż początkowo dawał się wyczuć silniejszy opór. W przypuszczeniu zapory mechanicznéj w dolnym odcinku kiszki grubéj, a nie mogąc na pewne orzec, czy zapalenie otrzewny jest czy nie, postanowiliśmy przystąpić do laparotomii, jako jedynego jeszcze środka, w którym można było jaką taką pokładać nadzieję a to tém bardziéj, o ile mi wiadomemi były z literatury przykłady, że i późniéj przedsięwzięta laparotomija była uwieńczona dobrym skutkiem. Gdy jednak po otwarciu jamy brzusznéj ujrzeliśmy otrzewnę mocno zaczerwienioną i lekkim pokładem włóknika pokrytą, a obok tego płyn mętnawy, straciliśmy nadzieję utrzymania życia; rozchodziło się jeszcze o usunięcie przeszkody mechanicznéj, aby chociaż przez to sprowadzić niejaką ulgę. Widząc kiszkę poprzeczną mocno rozdętą miałem poparcie twierdzenia, że

przeszkoda musi być niżej, posuwałem przeto rękę zwolna ku lewej zatoce biodrowej, gdzie rzeczywiście natrafiłem na większy opór jakby od zagiętego jelita esowatego. Gdy jeden z kolegów wszedł palcem do kiszki stolcowej ja równocześnie pociągałem za kiszkę zstępującą, przyczém uczułem jakby odkręcenie a w dowód tego, że to było przyczyną zaparcia kiszki, puścił się w téj chwili przez rzyć kał rzadki w znacznej ilości. Natychmiast zamknąłem jamę brzuszną i opatrzyłem ranę antyseptycznie. Ulga była nieznaczną, osłabienie postępowało coraz dalej, tak iż pacyjent zmarł w 24 godzin po operacyi. Przy sekcyi stwierdzono zapalenie otrzewny i niezwykle wydłużoną przyokrężnę zagięcia esowatego.

Podając niniejsze przypadki do publicznej wiadomości jedynie dla zwiększenia materyjału statystycznego, nie mogę jednak pominąć sposobności, aby na razie nie wysnuć z nich jakichś wniosków, aby nie poszukać potwierdzenia znanych już faktów, aby zresztą nie spróbować zwalczyć mylnych zdań przeciwników.

Przedewszystkiém pragnąłbym, żeby rozbiór tych przypadków mógł przysporzyć jak najwięcej adeptów dla tej młodej operacyi, której, mimo wszelkiej opozycyi, świetną przyszłość rokować sobie pozwalam.

Moje powyżej przytoczone przypadki potwierdzają zdanie, już tylekrotnie przez chirurgów wypowiedziane, że dotychczasowe niekorzystne wyniki laparotomii w niedrożności jelit pochodzą po największej części z powodu za późnego jej przedsięwzięcia. I tak, jeżeli porównamy przypadki pierwszy, piąty i szósty, to każdy przyzna, że co do istoty przeszkody, szybkości jej odszukania i metody operacyjnej żadne prawie nie zachodzą różnice. Jedyna kardynalna różnica jest widoczną tylko w stanie otrzewny, znalezionym przy operacyi: w pierwszym przypadku była ona jeszcze prawidłową, to téż i wynik operacyi był dobrym, w obydwu innych znalazłem otrzewnę czerwoną, nastrzykaną tu i owdzie wypociną włóknikową pokrytą, to też i zejście było śmiertelném. Co więcej, w pierwszym przypadku wykazała obserwacyja pierwsze początki podrażnienia otrzewny, które mnie zniewoliły do przyspieszenia operacyi, która gdyby była opóźnioną, z pewnością byłaby się podobnie zakończyła, jak w przypadku 5ym i 6ym.

Opóźnienia te pochodzą ztąd, że znaczna liczba lekarzy skłonną jest w przypadkach niedrożności do przedłużonych prób środkami czyszczącemi, z obawy aby nie narazić się na zarzut, że otwarto jamę brzuszną tam, gdzie do tego nie było wskazania. Nie da się zaprzeczyć, że tu i owdzie wydarza się spostrzegać przypadek, w którym środki te ostatecznie dobry skutek sprowadzają, to też żaden operator nie przystępuje i nie powinien przystępować do operacyi, dopóki nie spróbowano środków przeczyszczających; nacisk położyć należy tylko na to, aby wyczekiwania te nie przeciągały się zbytecznie długo i aby odbywały się ze ścisłą lekarską kontrolą przypadów dominujących.

Z przedmiotem tym stoi w ścisłym związku rozpoznanie, bo gdzie na pewno możemy powiedzieć, że przyczyną niedrożności jest uwięźnienie, skręt, wgłobienie, nowotwór lub bliznowate zwężenie, tam i wskazanie do laparotomii jest niezachwiane. Wątpliwém może ono być tylko tam, gdzie nie możemy wykluczyć zaparcia kałowego *(tumor stercoralis)* lub zapalenia otrzewny.

Mój przypadek czwarty wykazuje, że ropne zapalenie otrzewny skutkiem nadżarcia ściany jelita dawało zupełny obraz niedrożności jelita i przed operacyją nie mogło być rozpoznaném. Uhde (Chirurgija Pithy i Billrotha) przytacza podobny przypadek Vassora i dodaje, że jakkolwiek autorowie o takiéj pomyłce dyjagnostycznéj często wspominają, przypadek ów jako dowód znalazł się w literaturze odosobnionym. Wiem z opowiadania kol. prof. Mikulicza o podobnym przypadku obserwowanym w tutejszéj klinice; w takim razie obydwa w Krakowie postrzegane przypadki stanowić będą cenny materyjał naukowy. Czy tego rodzaju pomyłki dyjagnostycznéj należy się bać wobec otwarcia amy brzusznéj? Odpowiadam stanowczo, że nie, jakkolwiek mój przypadek na dowód tego przytoczonym być nie może, gdyż tu przystąpiło zapalenie ropne do dawnego zapalenia chronicznego, które wywołało zlepienia i zrosty. Jeżeli jednak zważymy, że ropne zapalenie otrzewny, czy to urazowe, czy samoistne, jest absolutnie śmiertelném, to laparotomija, choćby dawała nie wiem jak mały odsetek wyleczenia, zawsze uważaną być musi za środek zbawienny. Nie dziwię się więc, że w ostatnich czasach zaczynają się pojawiać prace nawołujące do przedsiębrania laparotomii w przypadkach ropnego zapalenia otrzewny; tu wspomnę na razie tylko o rozprawie Zesasa (*Wien. med. Woch.*, 1883, Nr. 38) i Leydena, który mimo tego, że przed dwoma laty z tak ostrą wystąpił był krytyką odwagi a raczej, według niego, zuchwalstwa chirurgów, sam obecnie doradza laparotomii przy sposobności omówienia samorodnego zapalenia otrzewny i po niej wielkich spodziewa się korzyści.

Nie śmiałbym jednak tak samo twierdzić o zapaleniu otrzewny surowiczém lub raczej surowiczo-włóknikowém, które również może dać do złudzenia podobny obraz niedrożności jelit, a które ponieważ niekoniecznie musi przejść w zapalenie ropne, może się pomyślnie zakończyć, choćby i po bardzo długiém trwaniu choroby. W takim przypadku wykonana laparotomija byłaby wręcz szkodliwą. Świeżo mam jeszcze w pamięci przypadek, w którym u młodéj panienki skutkiem nieodpowiedniego zachowania się w ogóle, a w szczególności podczas miesiączki (jazda konna bardzo forsowna, zimna kąpiel itp.) rozwinęły się były w ciągu kilku dni przypady niedrożności jelit. Wobec groźnych przypadów miało liczniejsze grono lekarzy orzec, czy nie należałoby wykonać laparotomii; lecz stan podgorączkowy, daléj dający się wykazać płyn wolny w jamie brzusznéj wobec stanowczego twierdzenia ordynaryjusza Dra Szewczyka, że choroba rozpoczęła się od bólu w okolicy jajnika prawego, pozwoliły rozstrzygnąć na stronę zapalenia otrzewny i usunąć myśl o laparotomii. Pacyjentka ta wyzdrowiała po używaniu opiatów, rozgrzewających się okładów itp. w przeciągu kilku tygodni.

Co do zatkania kałowego, to rzeczywiście w wielu razach może ono przebiegać podobnie jak niedrożność jelit wywołana jednym z powyżej przytoczonych powodów. Przypuścić trzeba, że owe przypadki niedrożności, w których skutkowały środki przeczyszczające, a które jak fantomy od laparotomii odstraszające przez niektórych lekarzy bywają przytaczane, miały przyczynę w owém zaparciu kałowém. Jeżeli jednak zważymy, że niektóre z tych przypadków absolutnie dadzą się rozpoznać, daléj, że niektóre z nich odkryją się jako takie po zadaniu środków przeczyszczających i tym podobnie działających wydatnych lawatywach w ciągu pierwszych 24 do 30 godzinach; to śmiało rzec możemy, że zbytecznie podjęta laparotomija rzadko wydarzyć się

może. I rzeczywiście dotąd nieznanym jest w literaturze tego rodzaju przypadek, a gdyby się kiedyś taki wydarzył, to przecież laparotomija taka dyjagnostyczna, ściśle antyseptycznie wykonana, wobec nie zadrażnionéj otrzewny dałaby bardzo mały a może żaden odsetek śmiertelności. Na to już chyba dowodów przytaczać nie potrzebuję, bo tysiące owaryjotomij, hysterotomij itp. operacyj bardzo wymownie za tém przemawiają. Tak więc śmiało twierdzić można, że niebezpieczeństwo wynikające z przedsięwziętéj laparotomii w niedrożności jelit zawcześnie jest bardzo nieznaczném wobec niebezpieczeństwa, które wynika z opóźnienia téjże a tém bardziéj z zupełnego zaniechania. Ależ operacyja ta liczy nieprzyjaciół nietylko między lekarzami trudniącymi się leczeniem chorób wewnętrznych; ma ona ich także pomiędzy samymi chirurgami. I tak np. wystąpił w ostatnich czasach Krönlein (*Ueber die chirurgische Behandlung des Ileus. Correspondenzblatt f. Schweiz. Aerzte*, 1883, Nr. 15) przeciw laparotomii a za enterotomiją, wychodząc z tego stanowiska, że częstokroć trudno jest odszukać po rozcięciu brzucha właściwéj przyczyny niedrożności.

Pod tym względem zgadzam się w zupełności na wywody Schramma (l. c.) i dodam tylko, że moje przypadki pomagają zbijać wywody Krönleina, albowiem we wszystkich sześciu z łatwością i prędko dała się odszukać a w pięciu i usunąć przeszkoda; w jednym tylko nie mogła być wcale usuniętą. Jeżeliby się jednak natrafiło na taki przypadek, gdzie ona albo odszukaną albo usuniętą być nie może, natenczas pozostaje nam jeszcze enterotomija, któréj już nie wykonywamy na ślepo ale z całym spokojem, wygodą i pewnością.

Jeszcze jednę uwagę pod względem dyjagnostyki pozwalają mi moje przypadki uczynić, oto, że wymioty kałowe spostrzegłem tylko w tych trzech przypadkach, w których laparotomija wykazała przeszkodę powyżéj kiszki ślepéj umieszczoną. W dwóch zaś, w których przeszkoda była poniżéj kiszki ślepéj i w jednym, w którym wcale nie było niedrożności, nie było téż i wymiotów kałowych. Okoliczność ta, jeżeli będzie i w innych przypadkach sprawdzoną, będzie mogła obok kształtu brzucha i lokalizacyi bólu odgrywać rolę w rozpoznawaniu siedziby niedrożności.

Nie od rzeczy będzie zwrócić uwagę szanownych Czytelników jeszcze na przekłócie rozdętego jelita, które w pierwszym przypadku po dwakroć wykonałem. Obydwa razy wyszedł najprzód gaz a potém rzadki kał, który musiał być ostrożnie do naczynia chwytanym, wreszcie po wyjęciu trójgrańca probierczego wyszło jeszcze kilkanaście kropel kału aż nakoniec ranka szczelnie się zamknęła. Spostrzeżenie to przemawia przeciw nakłówaniu jelit przez ścianę brzuszną, gdyż i w takim razie z łatwością mogłoby się dostać po wyjęciu kaniuli do jamy brzusznéj tych kilkanaście kropel kału, które w tym razie nie mogąc być tak spłókanemi jak to czynimy przy laparotomii wystarczyłyby do wytworzenia septycznego, a więc śmiertelnego, zapalenia otrzewny.

Na koniec poucza nas jeszcze pierwszy przypadek, że przewiezienie chorych z niedrożnością jelit nawet na znaczne przestrzenie nie jest szkodliwém. Udowodnienie tego chociażby na jednym przypadku jest faktem dosyć znacznéj doniosłości, albowiem nietylko rodzina ale i częstokroć sami lekarze sprzeciwiają się przeprowadzeniu takich chorych do zakładów, w których najkorzystniéj można takie operacyje jak laparotomije wykonywać, gdyż rzadko gdzie, a już najmniéj na wsi lub w małych miasteczkach osobliwie u ludzi mniéj zamożnych, można natrafić na warunki jako tako sprzyjające otwarciu jamy brzusznéj.

II. O schyzomycetach w ropie.

Podał Dr. Med. J. Ziemacki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 48).

Przypatrzmy się teraz klinicznemu przebiegowi zapalenia opisanego w pierwszych trzech przypadkach téj grupy. Sąto dwa *panaritia* i jedna *mastitis puerperalis*. Pod względem klinicznym sąto cierpienia bardzo różne i o wiele od siebie oddalone. Uznając zaś hipotezę, że schyzomycety są przyczyną zapaleń i mając w tych przypadkach jednakowy rodzaj grzybka, musimy przyjść do wniosku, że istota tych cierpień jest jedną i tą samą, a w danych razach rozmaite jest tylko umiejscowienie sprawy zapalnéj, istota zaś takowéj pozostaje jednostajną. Sąto zapalenia identyczne. Toż samo mieliśmy już w grupie pierwszéj. I tam stanęły tuż obok siebie zapalenia przenajrozmaitszych organów. Okoliczność taka poucza nas, że umiejscowienie zapalenia nie posiada wpływu na kształt schyzomycetów, to jest, że rodzaj organu i rodzaj tkanki, jak się zdaje, nie wpływają na to. Widzimy bowiem, że też same schyzomycety raz mieszczą się w skórze, drugi raz w gruczołach limfatycznych, innym znów razem w wysięku stawowym itd.

Na tém miejscu warto nieco dłużéj zatrzymać się nad kwestyją, czy téż te mikrokoki znalezione w obu grupach i o tyle tylko różne od siebie, jak to opisałem wyżéj, są istotnie schyzomycetami różnego gatunku, czy téż może przedstawiają jeden gatunek w różnych tylko okresach rozwojowych. Powinniśmy zawsze mieć na uwadze podobne pytanie, od chwili, w któréj badania Prażmowskiego nad *Clostridium butyricum*, Billrotha nad *Coccobacteria septica*, Cieńkowskiego nad *Leuconostoc mesentorioïdes* i wielu innych wykazały w rozwoju rozszczepników przemianę pokoleń stałą i podlegającą pewnym niewzruszonym prawom. Otóż przeciwko temu, ażeby te dwie postacie mikrokokowych zooglej miały być tylko różnemi okresami tegoż samego grzybka, bardzo wiele przemawia już ten wzgląd, że w tym samym przypadku nigdy i nigdzie nie udało mi się wyszukać form przejściowych. Gdyby opisana już wyżéj różność układu mikrokoków w kolonijach z dwu grup miała być skutkiem tylko rozmaitych okresów, to bez wątpienia udałoby się w każdym przypadku znaleźć liczne bardzo formy przejściowe. Tego jednak nie było wcale. Jestto więc okoliczność wielkiéj wagi. Preparata ropy z grupy pierwszéj różniły się stanowczo i stale od preparatów z grupy drugiéj. Różnica polegała na układzie i uszeregowaniu mikrokoków. Była ona o tyle stałą, że ani różna pora badania względnie do siły i do natężenia sprawy zapalnéj, ani też może różny sposób przedwstępnego przygotowywania preparatów różnicy takiéj nie usprawiedliwiają. Rzeczą o wiele prostszą będzie przypuszczenie, że różnica znaleziona w układzie odpowiada różnym gatunkom grzybków, to jest mamy do czynienia z jednakowym okresem u dwu różnych ale *notabene* zapewne pokrewnych gatunków grzybków pasorzytniczych. Wysnuwamy taki wniosek dla tego, że w obu razach mamy do czynienia z mikrokokami parzystemi jednakowéj wielkości i kształtu, ułożonemi tylko w rozmaity, ale zawsze stały i nawet bar-

dzo charakterystyczny sposób tak, że rozpoznanie preparatu z kilku tylko kolonij jest rzeczą arcyłatwą. Z hodowli sztucznych innych rodzajów schyzomycetowych (*Clostridium butyricum*, *Bacterium subtile*, *B. anthracis*, *B. cyanogenum*, *B. tuberculosis*) znamy analogiczny okres pod względem morfologicznym zupełnie odpowiedni okresowi opisanemu w obu grupach. Jestto tak zwany okres zarodnikowy, w czasie którego w prątkach lub w niciach laseczznikowatych powstają kuliste ciałka (mikrokoki, rzadko makrokoki) w pewnym porządku, które przedstawiają rodzaj zarodnika zdolnego do życia w pewnych warunkach. Ten rozwojowy okres odznacza się nadzwyczajnie wytrwałém życiem u wielu grzybków, które o wiele przechodzi wytrwałość wszystkich innych okresów względnie postaci, jako to prątków (laseczników) i nici. Naprzykład faktem znanym jest to, że płyny antyseptyczne muszą być użyte dla zabicia zarodników w o wiele większém natężeniu niż dla zabicia prątków tegoż samego gatunku. To samo co do wysokiéj temperatury: zarodniki są bowiem o wiele wytrzymalsze od laseczników (prątków) tegoż samego rodzaju. R. Koch wykazał to wszystko w sposób całkiem jasny dla prątka karbunkułowego. A więc i w danym razie mamy do czynienia właśnie z takim samym okresem rozwojowym, t. j. już z tym stanem u dwu rodzai grzybkowych, który jest znany i pod względem morfologicznym zupełnie podobny do okresu zarodnikowego innych schyzomycetów. Mamy w takim razie przed sobą w dwu grupach dwa różne gatunki grzybka w jednym okresie pochwycone.

Uznawszy istotę cierpień zebranych w grupie pierwszéj za zupełnie identyczną ze względu na tożsamość organizmów pod względem układu i postaci postąpiliśmy wbrew utartym i powszechnie przyjętym zasadom tegoczesnéj nauki, ponieważ w ten sposób genetycznie uznaliśmy za identyczne sprawy chorobowe dotychczas uważane jako pod względem klinicznym zupełnie odrębne. Jednakowoż nic w tém nie ma dziwnego, że dopóki posługiwano się tylko powierzchownėm badaniem i dopóki odgraniczano cierpienia tylko przez obserwacyję objawów powierzchowych (czy to wewnętrznych czy to zewnętrznych), nie wdając się w drobnowidowe badania, dopóty musiano wytwarzać wiele działów i grup. Z tego stanowiska będzie rażącą pomyłką zestawienie *endometritis puerperalis* z *mastitis*, *erysipelas* z *phlegmone* lub jakim wrzodem i uznanie, że istota tych spraw jest jedną. Musimy jednak z naszego stanowiska przyznać, że śród rozróżniania chorób opieranie się tylko na symptomatologii grzeszy jednostronnością. Jednostronność ta wydaje ten smutny owoc, że oddzielamy raz cierpienia może identyczne, a drugim razem łączymy w jedno choroby może całkowicie różne. Rzecz jasna, że nasze sposoby badania i nasz dar spostrzegawczy może się stósować tylko do rzeczy powierzchownych, do objawów zewnętrznych, miejscowych lub ogólnych. Wątpić należy, czy przez dostrzeżenie tych zewnętrznych ogólnych, czy też miejscowych objawów można było wszędzie i zawsze rozpoznać istotę sprawy zapalnéj, tém mniéj, że najprawdopodobniejszą jest rzeczą, że nasz ustrój w jednakowy niemal sposób oddziaływa na rozmaite bodźce zapalne. A ztąd wynikać może, że w sprawach chorobowych rozmaitéj natury otrzymujemy jednakowe zmiany anatomiczne lub fizyjologiczne. Polegając przeto zbytnio na różnicy objawów zewnętrznych bardzo łatwo popaść można w błąd w dwojakim, jak już wspomniano, kierunku. Nauka lekarska dotychczas dla ułatwienia sobie oryjentowania się w tej dziedzinie od saméj swéj kolebki używa sposobu rozróżniania cierpień zapalnych (ostrych) podług organów napastowanych przez chorobę. Tak np. mamy *pleuritis*, *endometritis*, *osteomyelitis*, *gonitis*, *mastitis*, *ophthalmitis* itd. Taki sposób okazał się tém praktyczniejszym, iż odpowiada w zupełności wskazaniom leczniczym, które z natury rzeczy dla różnych organów różnie wypadły. W czysto naukowém znaczeniu taki systemat chorób nie przedstawia wielkiéj wartości. Jestto niby sztuczny i dowolny systemat roślin Lineusza. Oprócz bowiem tego, że opierając się jedynie na symptomatologii musimy wyprzeć się związku pomiędzy istotą *cyclitis* i istotą *coxitis*, tak też jesteśmy zmuszeni nieraz cierpienia nawet z przebiegiem różnym umieszczać w jednéj grupie. Tak np. obejmujemy mianem: *gonitis acuta purulenta* wszelkie sprawy ropne, przebiegające w jamach kolanowych, wiedząc bardzo dobrze, że cierpienia te co do swéj istoty są nieraz zasadniczo różne.

Zupełnie co innego wypadnie, jeżeli zamiast wyłącznie posługiwać się symptomatologiją lub lokalizacyją cierpienia, jak to po większéj części dotychczas czyniliśmy, zaczniemy natomiast śród rozróżniania chorób brać pod uwagę istotę choroby, uwzględniać etyjologiję i doszukiwać się pierwotnego bodźca zapalnego, — wówczas dopiero patrafimy ułożyć iście naukową systematykę chorób zapalnych. Wówczas bez wątpienia będziemy w stanie stanowczo rozdzielić to, co dotychczas pod jedną pokrywką łączymy, i wówczas, być może, obejmiemy jednėm mianem cierpienia obecnie uznawane za zasadniczo różne. Tak samo i w tym niezbyt szczupłym zakresie, którego obecna rozprawa dotyczy, w zakresie zapaleń ropnych tkanki łącznéj, uwzględnienie téj zasady powinno wydać pożądany rezultat. Zwracając bowiem uwagę na bodziec chorobowy wchodzimy w rozpatrzenie istoty samego cierpienia, przez co otrzymujemy sposób, który nas nieomylnie o istocie cierpienia pouczy. Jeżeli się bowiem okaże, że różne co do swéj istoty sprawy zapalne posiadają różne schyzomycety i na odwrót jednostajne sprawy, jednakie pasorzyty, to wtedy cała ta sprawa będzie rozstrzygnięta w sposób stosunkowo łatwy. Przez zbadanie bowiem drobnowidowe potrafimy wyróżnić rodzaj grzybka chorobowego, a wtedy wyróżnimy i rodzaj cierpienia. Być też może, iż metoda taka okaże się ważną pod względem praktycznym, gdyż wówczas znajdziemy jeszcze jednę podstawę rokowania w cierpieniu. Zanim jednak nauka w ten sposób stanie niemal u szczytu swego, zmuszeni będziemy liczyć się z obecnym jéj stanem. Nie może jednak ulegać już wątpliwości, że medycyna kroczy ku temu dość szybkim krokiem i systematyzowanie cierpień etyjologiczne z dnia na dzień nabiera coraz większego znaczenia.

Jeżeli więc zaczniemy rozróżniać cierpienia i gatunkować je podług istoty zapalnéj, któréj miarą będzie u nas rodzaj grzybka pasorzytniczego, natenczas musimy po pierwsze łączyć w jedno sprawy zapalne dotychczas uznawane za różne i powtóre naodwrót rozłączać sprawy jednakie na pozór, jeżeli tylko badanie drobnowidowe wykaże nam, że w pierwszym przypadku grają rolę jednakie, a w drugim różne schyzomycety. Co się tyczy pierwszéj okoliczności to już omówiliśmy ją, jak się zdaje, dostatecznie, rozpatrując przypadki z grupy pierwszéj. W tém miejscu zaznaczę jeszcze raz tę okoliczność, że kliniczne spostrzeżenia wielce za tym punktem widzenia przemawiają. Widzieliśmy w grupie pierwszéj cały szereg najrozmaitszych cierpień powstałych na gruncie jednéj i téj saméj choroby, a mianowicie

róży. Łatwo sobie jednak przypomnieć, że róża bywa bezpośrednim powodem jeszcze wielu innych chorób. Naprzykład róża głowy i twarzy nierzadko przechodzi bezpośrednio po tkankach w głąb czaszki i wówczas wywołuje ropne zapalenie opon mózgowych, pod względem anatomicznym wcale nieróżne od zapalenia idyjopatycznego tychże błon. Rzecz jasna, że w danym razie zapalenie opon mózgowych jest co do swéj istoty identyczne z różą na skórze zewnętrznéj, chociaż zapalenia te pod względem symptomatologicznym wcale są różne. I naodwrót *meningitis purulenta* po róży na głowie nie ma nic wspólnego z idyjopatycznėm nagminném zapaleniem błon mózgowych. Nieraz bywa, że w przebiegu róży po nad stawami powstają ropne wysięki w jamach stawowych, które trwają przez czas o wiele dłuższy od pierwotnego ogniska róży. Myliłby się grubo ten, ktoby zechciał te ropne zapalenia odnieść do jednéj kategoryi z wysiękami reumatycznemi lub rzeżączkowemi, gdyż są to sprawy pod względem etyjologicznym bardzo odmienne. Przykładów takich dałoby się tysiące przytoczyć. Z tego wszystkiego widzimy, że chociaż zapalenie może się mieścić w najrozmaitszych organach i występować w bardzo rozmaitych postaciach, może jednak w swéj istocie pozostawać stale jednostajném. Jak tu tak i tam bowiem jest ono wywołane przez ten sam rodzaj schyzomycetu.

W ten sposób wytłumaczyłem, jak się zdaje, dostatecznie, że istota zapalenia we wszystkich przypadkach z grupy pierwszéj pozostaje jedną, chociaż sprawa zapalna nagabnęła różne organa i występowała w przeróżnych postaciach klinicznych.

Przejdźmy teraz do drugiego wniosku wprost odwrotnego, który jednak pomimo to nie przestał być tylko prostém logiczném następstwem wyników obecnego badania. Zwrócić należy uwagę na to, że cierpienia uważane za jednostajne i nawet pod względem klinicznym zupełnie identyczne zostały umieszczone w dwu grupach oddzielnych. Tak np. w przypadku II i X mamy pozornie toż samo cierpienie, a mianowicie ropne zapalenie gruczołu piersiowego. Pomimo to przypadki te zostały odniesione do dwu zupełnie różnych grup. Tak samo w grupie pierwszéj znajdujemy jeszcze dwie rozległe flegmony rąk, a w grupie drugiéj dwa przykłady zanogcic. — Mogłoby się pozornie wydawać, że te dwa ostatnie przypadki są tylko zapaleniem tkanki łącznéj jak w flegmonie w grupie pierwszéj, tylko w stopniu o wiele słabszym. A jednak zaliczamy te sprawy do dwu grup zasadniczo różnych. Trzeba nadto jeszcze dodać, że objawy we wszystkich tych odpowiednich przypadkach nie różniły się wcale od siebie. Wejrzenie *mastitis* w przypadku X nie różniło się bynajmniéj od wejrzenia *mastitis* w przypadku II. Toż samo można powiedzieć i o zapaleniach skóry, które w grupie pierwszéj różniły się na pozór tylko rozległością i natężeniem od zapalenia w grupie drugiéj; a najbaczniejsze oko nie mogłoby odszukać żadnéj innéj różnicy. Na pozór byłyto cierpienia identyczne. Wydaje się przeto rzeczą bardzo dziwną, jeżeli je zasadniczo rozróżniamy. Badanie drobnowidowe wykazało jednak, że w przypadkach pozornie identycznych sprawcami zapalenia są różne mikroorganizmy.

Jako przykład objaśniający tę myśl przytoczę tutaj co następuje: jeżeli weźmiemy pod uwagę zapalenie skóry pod wpływem jadu karbunkułowego i zapalenie skóry pod wpływem jadu septycznego, tak zwaną *phlegmone*—to otrzymujemy dwie sprawy wielce do siebie podobne. Różnica polega tylko w drobniejszych szczegółach. Ogólny jednak przebieg, zmiany anatomiczne itd. są do siebie bardzo zbliżone. Pomimo tego wielkiego podobieństwa obu spraw, odróżniamy je stanowczo od siebie, a to szczególniéj od chwili, jak poznaliśmy w prątku karbunkułowym bezpośrednią etyjologiczną przyczynę zapalenia karbunkułowego. Zupełnie także sama rzecz zachodzi z poszczególnemi postaciami sprawy zapalnéj. I tutaj przez dokładne poznanie bodźca etyjologicznego oddzielamy od siebie stanowczo formy zapalne pozornie identyczne.

Ztąd wynika, że podział zapaleń stósownie do etyjologicznego czynnika jest nie tylko uprawniony, ale nawet dla postępu nauki o *sepsis* i o zapaleniu koniecznie potrzebny. Jeżeli bowiem zostanie udowodnioném, że w obu razach zapalenie *quasi* identyczne bywa wywołane przez dwa różne rodzaje schyzomycetów, to wtedy trzeba będzie uznać, że są to sprawy pokrewne, ale zasadniczo różne. (Dok. n.)

III. Kazuistyka lekarska w Turcyi.

Zebrał Dr. W. Jabłonowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 36).

Do rzędu chorób skórnych wywołujących swędzenie zaliczyć należy dość często spotykane tu przypadki pierzchnicy (*Lichen*), zasługującéj tém więcéj na uwzględnienie, że nieraz cierpienie to było powodem popełniania błędów rozpoznawczych, które wywołały niestosowne leczenie. Wiadomo bowiem, że jedna z odmian pierzchnicy (*L. circumscripta*) usadawia się często, mianowicie u małych dzieci w przedziałach między palcami, na brzuchu, piersiach i odnogach, naśladując tém samém zwykłe siedlisko świerzbu. Podobne przypadki mylnego rozpoznania nierzadko dają się tu spotykać, dzięki głównie częstemu występowaniu pierzchnicy pośród pewnych warstw ludności wschodniéj, gdzie odżywcze zboczenie zołzowe tak często ma miejsce. Największą ilość przykładów tego cierpienia daje się zauważyć między derwiszami, t. j. mnichami tureckimi, daléj u dzieci mieszkańców Mezopotamii i Syryi, w większych miastach Anatolii, rzadziéj w północnych prowincyjach i tylko wyjątkowo u osób podeszłego wieku z klasy zamożniejszéj, u których głównie zauważono odmianę zwaną sinawą. Z rodzajów pospolicie tu spotykanych zasługuje na uwagę pierzchnica liszajowata (*L. agrius*) występująca przeważnie u osób młodych; pierzchnica pokrzywkowa, nagabująca wyłącznie dzieci. Na powstanie tego cierpienia prócz samego temperamentu wpływa także klimat, a zdaje się, że nie mały wpływ wywierają nadużycia wyskoku, złéj jakości pokarmów obok zaniedbanéj higijeny powłok skórnych. Jakkolwiek nieznośne swędzenie wprowadza zwykle chorych w stan podrażnienia nerwowego, to jednak przekonanie o niezaraźliwości téj choroby usposabia ich do wytrwałego znoszenia przykrego tego uczucia, opóźniając wzięcie się do stosownego leczenia, które zastosowane na czasie skróciłoby ten dolegliwy stan chorobowy. Opieszałość ta jednak czy upór nie osłabia wcale zmyślności wschodniéj w wynajdywaniu rozmaitych sposobów leczenia, z liczby których najbardziéj oryginalném i o tyle też nieodpowiedniém jest postępowanie mnichów tureckich. Ponieważ zaś najdotkliwszym objawem chorobowym pierzchnicy jest swędzenie, więc ku usunięciu tego ostatniego najprzód zwracają się wszelkie usiłowania. Jeżeli okolica ciała jest dostępną dla paznogci zawsze zaznaczonych żałobnym brzegiem, wtedy za ich pomocą lub po zastosowaniu okładów z kamforą, lub liści tytuniowych, zwykło się łago-

dzić siłę swędzenia. W razie przeciwnym, gdy pierzchnica usadowiła się w okolicy mniéj dostępnéj dla paznogci, wtedy derwisze posługują się tak zwaną gedysztyk czyli poprostu łopatką wyrobioną z drzewa dębowego a niekiedy i z hebanu, ozdobną w oryginalne rzeźby i nacięcia, którą bez ceremonii używa się w każdéj chwili, gdy do tego zmusza swędzenie. I choć podobne łopatki, po zdarciu niemi powierzchni chorobowo zajętéj, uśmierzają na chwilę uczucie swędzenia, to jednak silne podrażnienie, jakie wywołują, pogorsza tylko zwykły stan pierzchnicy, rzadko kiedy ustępującéj przy tém prawdziwie barbarzyńskiém postępowaniu.

Z innych środków znajdujących tu zastosowanie, mogę wymienić trociny ze starego drzewa cyprysów, hałun, skrobię zarobioną pewną ilością gumy, rozpuszczoną w wodzie i następnie przez wylanie na gorące miedziane płyty przeobrażoną w cienkie arkusze. Te ostatnie zwilżone nieco oliwą z macierzanki, bywają przykładane na powierzchnie chorobowo zajęte i nieraz dają dość zadowalające wyniki, lecz tylko w przypadkach ostréj pierchnicy. W stanie długotrwałym cierpienia dziegieć i kamfora, a jak w Syryi, to sok świeżo wyciśnięty z łodyg *Euphorbia racemosa*, bywają powszechnie używane. Terpentyna zmięszana z pewną ilością olejku pomarańczowego bywa uważaną przez mieszkańców Libanu za nieomylny środek do usunięcia swędzenia i przyspieszenia zagojenia się obrażeń skórnych. W okolicach pobliskich Alepu i w pośród Arabów osiadłych w dolinach Eufratu makowiec odgrywa bardzo ważną rolę w leczeniu pierzchnicy. Używają go w dwojaki sposób: pewna ilość ztężałego soku wkłada się do mleka owczego, pozostawia się w spokoju w ciągu paru dni, i następnie ten rodzaj nastoju służy do okładów. Wewnętrznie zaś makowiec bywa brany w dawkach dość wysokich, do których tylko Arab może się bezkarnie przyzwyczaić. Rodzaj swojskich pigułek zarobionych z mąki prosowéj i zawierających także makowiec jest tu pospolitym środkiem używanym w celu złagodzenia swędzenia. Jak jednak widzimy całe to ludowe leczenie pierzchnicy ogranicza się wyłącznie do zastosowania środków zewnętrznych. Przypadki więc istotnych wyleczeń są tu bardzo rzadkie; tłumaczy to nam wreszcie sama natura cierpienia, w którego leczeniu koniecznie wypada uwzględnić temperament, wiek, budowę ustrojową, a także formę i czas trwania cierpienia, wskazujące potrzebę zastosowania leków bardziéj energicznych, dających większą pewność wyleczenia lub przynajmniéj trwalszego złagodzenia przykrych jego objawów.

Od trzech lat pozostając w Sułtan-Czairze pośród wychodźców kaukaskich Czerkiesów i Nogai, miałem sposobność spostrzegania bardzo licznych przypadków półpaśca (*zona*), którego nadzwyczajna częstość, a głównie charakter epidemiczny, zachęciły mnie do zamieszczenia następującego opisu w kategoryi chorób skórnych, rzadziéj tu spotykanych.

O właściwych przyczynach sprzyjających powstawaniu półpaśca mało co wiemy. Zdaje się jednak, że w przykładach tu spostrzeganych, do niedających się określić przyczyn wywołujących należy dodać zwyczaj tu obserwowany bardzo silnego ściskania się surowcowym paskiem, wąskim i twardym, albo noszonym tylko na koszuli albo téż uciskającym wierzchnią odzież. Forma zaś tegoż cierpienia, występująca także i na szyi, zawdzięczać się zdaje swoje powstanie zrąbkowi stojącego kołnierza koszuli, bardzo ściśle przylegającéj do szyi. Chorobę wyłącznie spotykałem u mężczyzn. Wywiady o czasie jego trwania zapewniły mnie, ze cierpienie to zostało przyniesioném jeszcze z Kaukazu w okresie pierwszego wychodźctwa, a zatém przed kilkunastoma laty; że trwając z pewnemi przerwami, powtarzało się często; wreszcie że się zmniejszyło w ilości swych przypadków, aby niejako wystąpić z nową siłą i w ostatnich czasach przybrać charakter prawdziwéj epidemii.—Z trzech znanych form półpaśca zauważyłem tu tylko kręgową i prostopadłą, przedstawiające następowe objawy chorobowe. Jeżeli cierpienie sadowiło się w okolicy lędźwiowéj, uczucie podniesionéj ciepłoty, rodzaj prawdziwego palenia, zdradzały jego początek. Ogólny stan osłabienia, niełady ze strony narządu trawienia, swędzenie lub bóle kłujące wzdłuż rozgałęzień nerwowych, mianowicie zaś bóle w przestrzeniach międzyżebrowych, poprzedzały na kilka dni wybuch pęcherzyków wielkości soczewicy lub ziarnka konopi, stojących samotnie lub po kilka razem i wypełnionych surowicą białawą lub żółtawą, mętniejącą po kilku dniach. Grupy pęcherzyków miewały podstawę silnie zaczerwienioną; występowały nieregularnie lub tworzyły jednobiegłą linię z brzegami zapalonemi i $1/2$ cm. szerokiemi. Czas rozwoju i trwania pęcherzyków bywał rozmaitym. U mężczyzn młodych rozwój ich i więdnięcie następowały prędzéj, podczas gdy u starszych trwały niekiedy po parę lub kilka miesięcy. W żadnym jednak przypadku nie spostrzegłem, ażeby powłoka skórna pokryta wyrzutem pęcherzyków przeszła kiedykolwiek w stan zgorzeli. W razie zaś, gdy pęcherzyki nie uległy zwiędnieniu w skutek wessania ich treści, wtedy pękając pozwalały spostrzedz błonę czerwoną ściśle przylegającą do dalszych warstw skórnych, najczęściéj bolesnych i łatwo przechodzących w stan owrzodzenia, bardzo trudnego do wyleczenia, mianowicie u starców. W ogóle gojenie się owrzodzeń postępowało powolnie, potrzebując nieraz czterech tygodni czasu do utworzenia blizny połyskującéj, o brzegach równych, koloru ceglastego, stanowiącéj niezgładzony ślad przebytego cierpienia. W przebiegu półpaśca chorzy po przebyciu objawów wstępnych, prócz lekkich bólów i uczucia pieczenia, trwających do czasu pęknięcia pęcherzyków i wessania ich treści, nie doznawali żadnych innych przypadów. Nie tak jednak bywało w okresie następowym po przebytém cierpieniu. Gdy siedliskiem cierpienia była szyja lub jedna ze stron klatki piersiowéj, wyleczeni długi jeszcze czas uskarżali się na bóle drące i uczucie pieczenia. Po półpaścu w okolicy lędźwiowéj, gdy cechą cierpienia było zlanie się z sobą kilku grup pęcherzyków, czucie miejscowe bywało bardzo podniecone, silne i ostre bóle dawały się uczuć za najlżejszém dotknięciem, chory bywał zmuszony do wdziania szerokiéj jakiéjś szaty i zaniechania swego rzemiennego paska, co wszystko przy nadzwyczajnéj uporczywości tych chorobowych objawów na wszelkie sposoby leczenia, utrudniało powrót do właściwych zajęć, czyniąc położenie takich osób bardziéj nieznośném, aniżeli sam okres rozwojowy przebytego cierpienia. Najczęściéj jednak podobne przykłady następowych powikłań uważałem głównie u starców, nie tylko już osłabionych wiekiem, ale jeszcze przebytemi dawniéj zimnicami. Nagminny zaś charakter półpaśca pozwalał mi przypuszczać, że prócz wyżéj wzmiankowanych okolic chorobowo zajętych zdarzy mi się możność spostrzegania odmiennego siedliska cierpienia. Spodziewałem się, że może mi się tu uda potwierdzić przypadek podwójnego półpaśca spostrzegany w klinice wileńskiéj (Frank), lub przykład podany przez Rayera o siedlisku cierpienia na twarzy i policzkach, większą jego częstość po jednéj lub drugiéj stronie ciała, oraz na odnogach. Wycze-

kiwałem jednak napróżno. Wszystkie bowiem przypadki, tak w okresie trwania epidemii jak i dawniejsze, miały za jedyne siedlisko szyję i okolicę lędźwiową. (Dok. nast.)

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie galicyjskie.

X. zwyczajne posiedzenie Sekcyi lwowskiéj Tow. lek. gal. z dnia 22 listopada 1884.

Przewodniczący Dr. Widmann. Członków obecnych 16.

1) Kol. Dr. Roth przyjęty zostaje na członka Sekcyi lwowskiéj Tow. lek. gal.

2) Kol. Dr. Merczyński mówi o antipyrynie. Przypomina, że teraz i dawniéj było wiele środków, które jak meteory zajmują lekarzy na chwilę, narobią wiele wrzawy a potém przebrzmiewają i zostają zapomniane, antipyryn jednak jest pod tym względem wyjątkiem i należy do téj małéj liczby nowo pojawiających się środków, które mają przed sobą przyszłość i są już a jeszcze więcéj i będą przez lekarzy w pewnych celach używane. Prelegent podawał antipyryn 6 razy chorym dzieciom w szpitaliku, a mianowicie w dwóch przypadkach zapalenia płuc w 1ym przypadku zapalenia opłucny, w 2ch przypadkach ospy i w 1ym przypadku płonicy a oprócz tego raz w praktyce prywatnéj u gorączkującegosuchotnika dorosłego. Z chorych, którzy brali antipyryn dwoje dzieci w skutek ospy zmarło. Prelegent podawał różne ilości antipyrynu od $^1/_4$ do 2 i 3 grm. i przekonał się, że ciepłota nawet po małych dawkach antipyrynu obniża się o 1 i 2° lecz obniżenie to nie trwa długo, po dużych dawkach spada ciepłota o 2 do 4 stopni, nawet niżéj normy i obniżenie trwa dłużéj. Daléj zaznacza jeszcze że obniżanie się temperatury występuje we 2 godziny i wcześniéj po zażyciu i trwa czasem nawet przez 8 i więcéj godzin, w ogóle w przeciągu 3 do 4 godzin po zażyciu spada temperatura o 2 do 3 stopni. Przytacza wszystkie przypadki, w których dawał antipyrin i przechodzi kolejno, ile który chory zażył antipyrynu, i o ile i w jakim przeciągu czasu ciepłota się obniżyła; w końcu zwraca uwagę, że antipyryn nie wpływa wcale na przebieg choroby i choroba przebiega, pomimo zażywania większéj lub mniejszéj ilości antipyrynu, swoim torem, na tętno także nie wywiera żadnego wpływu, upadku sił nie sprawia, zażywanie antipyrynu nie jest przykrém, niektórzy chorzy wprawdzie po zażyciu dostają wymiotów, mimo to jednak radzi podawać lek daléj, a dalsze dawki nie zostaną zwymiotowane; w jednym tylko przypadku wystąpiła po zażyciu wysypka podobna do odry, która jednak ustąpiła, zachęca więc i prosi kolegów, aby podawali w stanach chorobowych z wysoką gorączką antipyryn, albowiem jest niezawodnym środkiem obniżającym znacznie i wnet po zastósowaniu temperaturę, bez wszelkich przykrych następstw.

W dyskusyi przemawia kol. przewodniczący, że Knorr odkrył, a Filehne pierwszy podawał antipyryn, potém Guttman, Biermer i inni dawali antipyryn prawie we wszystkich chorobach gorączkowych aż do 2 grm. co 2 godziny, i że antipyryn stale obniża temperaturę a nie sprawia ani nudności ani innych przypadów nieprzyjemnych, a obok tego jest środkiem tanim, bo u drogistów w Berlinie kosztuje gram $12^1/_2$ fenigów (choć u nas żądają aptekarze po 40 centów za gram), kol. Merczyński kupował po 13 cent. inni po 25 cent. gram), powinien więc ten środek znaleźć zastósowanie. Podawał także antipyryn w durze i suchotach płucnych, jednemu choremu dawano aż do 30 grm. w ciągu kilkunastu dni, a mimo to ani nudności, ani wymioty, ani upadek sił nie wystąpiły. Jedynie znanym dotąd przypadem jest wysypka podobna do odry, wysypkę tę postrzeżono i opisano w 5ciu przypadkach, a kol. Merczyńskiego byłby 6ty znany przypadek. Podawać można antipyryn w proszkach, w płynie, a nawet podskórnie, najkorzystniéj jednak wewnętrznie w proszku lub płynie, ponieważ antipyryn na chorobę samą nie wpływa, więc Nothnagel wystąpił przeciw jego stósowaniu, przewodniczący sądzi jednak, że skoro sprawia ulgę chorym, objawy mózgowe ustępują, obniża temperaturę, więc jest w każdym razie środkiem znakomitym. Opisują także, że po dłuższém zażywaniu antipyrynu występują poty, a przeciw tym potom zalecają agarycyn lub atropin.

Kol. Krówczyński zapytuje o skład chemiczny i własności fizyczne antipyrynu, na co kol. Dr. Ziembicki odpowiada, że Knorr nie podał jeszcze dokładniejszych wiadomości o składzie chemicznym, nazwał go tylko chemicznie dimetyloxychinidynem, i derywatem chinolinu.

Kol. Laskiewicz zapytuje, czy nie wiadomo z literatury ażali używano antipyrynu w owych końcowych okresach ciężkich porażeń, w których jak w hemi- i paraplegijach itp. nagle ciepłota podnosi się do bardzo wysokich stopni (do 41° i wyżéj), co jest bardzo grożnym objawem, i prosi kolegów, aby robili spostrzeżenia w tym kierunku, a to z tego powodu, że antipyryn zbawiennie działa na objawy mózgowe w gorączkowych cierpieniach i zniża ciepłotę tak znakomicie, jak żaden z dotąd znanych leków.

Kol. Pisek nie obiecuje sobie skutków dobrych z antipyrynu w razach przez kol. Laskiewicza przytoczonych, bo gdzie ośrodki naczynioruchowe są zniszczone, to ani ten, ani żaden inny środek nie pomoże, tém więcéj, że gorączka w takich razach nie jest natury zakaźnéj, a ponieważ przypomina sobie, że ktoś podaje, że po antipyrynie wystąpiła sinica, więcby się obawiał nawet spróbować antipyrynu w takich razach.

Kol. przewodniczący zwraca uwagę, że antipyryn nie działa na malaryję, więc nie działa na gorączkę chorób infekcyjnych, mimo to spróbuje antipyrynu w nadarzającéj się podobnéj sposobności, jak kol. Laskiewicz radzi.

Kol. Merczyński oświadcza, że podziela zdanie kol. Piska, zresztą sądzi, że gdzie nie widzi celu praktycznego zadawania antipyrynu lub innego środka, tamby nie podawał, a tak sądzi o okresie końcowym w obec objawów mózgowych porażennych, kiedy temperatura znacznie się podnosi.

Kol. Laskiewicz nadmienia jeszcze o agarycynie i atropinie, środkach zalecanych przeciw potom. Co do *agaricus*, to Schroff w 1szém wydaniu swéj Farmakologii wspomina o nalewce z tego grzyba przeciw potom, (a kol. przewodniczący dodaje, że i Oppolzer także suchotnikom przeciw potom zalecał *agaricus*). Co do atropinu to przypomina, że przed paru laty mówił na posiedzeniu Sekcyi o atropinie w epilepsyi, że dawał epileptykom, których miał zawsze do 30 na oddziale, atropin przez dłuższy przeciąg czasu, i nie zauważył, aby ci chorzy odznaczali się suchą skórą i nie tracili całkiem zdolności pocenia się.

Kol. Pisek zauważa również że *agaricus* nie jest to środek przeciwpotny nowy, był bowiem już dawniéj za takowy uważany, i nadmienia, że Dr. Czerwiakowski w swéj Botanice lekarskiéj już także o tém pisał.

Kol. przewodniczący omawia naftalin, jako nowy środek zachwalany przeciw biegunce. Liebig i Rossbach pierwsi zalecali ten środek w następującéj formie: *Naphthal. purissimi, Sacch. albi āā* grm. 3, *Olei bergamott. gtts.* 3, na 20 proszków, których 3 do 20 można dziennie zadawać. Ma to być jedyny proszek niszczący bakteryje durowe w jelicie, albowiem nie rozpuszcza się w żołądku i przechodzi jako taki do jelit. Kol. przewodniczący podawał naftalin na swoim oddziale w 3 przypadkach, tj. w dwu tyfusu i w jednym przewlocznego nieżytu z biegunką, we wszystkich jednak przypadkach bez skutku; sądzi więc, że może w innéj formie zadawany (w lawatywie lub inaczéj przepisany, w pigułkach itp.) będzie skuteczniejszy, co spróbuje jeszcze w miarę nadarzającego się materyjału i rezultaty kolegom do wiadomości poda. Zwraca jeszcze uwagę, że mocz po zażywaniu naftalinu wygląda jak po zażywaniu kwasu karbolowego.

Kol. Laskiewicz zauważa, że naftalin jest dobrym środkiem antyseptycznym i odwaniającym, co stwierdza jego skuteczne działanie na odleżyny (*decubitus*).

Kol. Pisek przytacza, że Unna z Hamburga zaleca naftalin w pigułkach z keratyny, chciał więc według przepisu Unny przepisać naftalin choremu lecz we Lwowie nie mógł znaleźć keratyny; wspomina daléj, że naftalin ma działać bardzo dobrze w *cystitis*, lecz o ile opisują, ma wywoływać wewnętrznie podawany obrzydzenie, gniecenie w żołądku i inne nieprzyjemne przypady, nawet wymioty, na co kol. przewodniczący odpowiada, że u chorych, którym podawał naftalin nie widział żadnych podobnych przypadów.

Kol. Pisek zabiera jeszcze głos w sprawie tematów odczytowych i prosi aby przewodniczący zachęcił kolegów do obra-

biania referatów na tematy ogólne, sam kol. Pisek zobowiązuje się zreferować na przyszłe posiedzenie temat o leczeniu tyfusu.

Kol. Wiktor oznajmia, że na oddziałach Dra Kilarskiego i Widmanna i gdzie się sposobność nadarza, robi spostrzeżenia nad skutkami kokainu i ezerynu, o czém zda sprawę na następném posiedzeniu. *Dr. Wiktor.*

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

XV. Posiedzenie zwyczajne Tow. lek. krak. z d. 26 listopada 1884.

Przewodniczący: kol. Kwaśnicki. Członków obecnych 39.

1. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i bez zmian przyjęto.

2. Przewodniczący oznajmia, że kol. Paszkowski nadesłał do Tow. rezygnacyję z obowiązków Delegata Tow. do Komisyi sanitarnéj miejskiéj. Towarzystwo na wniosek Komitetu jednomyślnie uchwala prosić kol. Paszkowskiego ze względu na pożyteczną jego czynność w Komisyi sanitarnéj, ażeby nadal zatrzymał powierzony sobie mandat.

3. Kol. Mikulicz przedstawia rekonwalescenta, u którego wykonał laparotomiję skutkiem ropnego zapalenia otrzewny (*peritonitis purulenta*) po przedziurawieniu jelita w durze przechodnim (*typhus ambulatorius*). Przypadek ten ma być jedynym, w którym dokonano laparotomii z pomyślném zejściem, z przyczyny przedziurawienia jelita.

Nawiązując do przemówienia kol. Korczyńskiego na zeszłém posiedzeniu nadmienia kol. Mikulicz, że w niedrożności jelit zakres działania chirurga i internisty nie jest wcale odmienny, albowiem pierwszy objąć może snadnie chorego w leczenie już od samego początku choroby i zastosować sam sposoby łagodniejsze, jak lawatywy, wtłaczanie powietrza itp., zanim przystąpi do operacyi, a na odwrót internista po wyczerpaniu a bezskuteczności tych środków może sam wykonać operacyję, jeżeli ma po temu dostateczną wprawę i wiedzę. Nie da się jednak zaprzeczyć, że zbytnia pochopność do operacyi bez dostatecznych do tego warunków osobistych ze strony operującego i korzystnych warunków w otoczeniu chorego, może bardzo ujemnie oddziałać na wynik zabiegu operacyjnego. W przypadkach wątpliwych co do rozpoznania każdy chirurg zasięgnie z chęcią wskazówek i rad internisty. Tak samo, jak to się stało z operacyjną częścią ginekologii, która poprzednio uprawianą była przez chirurgów a obecnie należy do zakresu działania ginekologów, stać się może z chirurgiją niedrożności jelit, że interniści nabrawszy wprawy i doświadczenia sami bez pomocy chirurgów wykonywać będą laparotomije. Co do statystyki, poruszonéj przez kol. K. sądzi kol. Mikulicz, że byłaby ona wtedy tylko pewną, gdyby pewną ilość przypadków pozostawiło się bez operacyi a taką samą ilość przypadków poddało operacyi; wtedy z zestawienia korzystnych wyników postępowania operacyjnego i nieoperacyjnego możnaby wnosić, które postępowanie jest korzystniejsze.

Kol. Oettinger zgadzając się z wywodami kol. Korczyńskiego co do pojęcia niedrożności i co do trudności rozpoznawczych zatkania kałowego, jest zdania, że zatkanie kałowe jest w stanie wywołać przypady niedrożności nietylko przez osłabienie prawidłowego napięcia jelit, ale także przez zadrażnienie jelit. Jest on zdania, że środki przeczyszczające w takich razach podawane działają jak najszkodliwiéj, że natomiast środki uspokajające jak morfin, jakto częstokroć miał sposobność stwierdzić, wpływają korzystnie na przebieg choroby.

Kol. Korczyński w odpowiedzi zaznacza przedewszystkiém, że zapatrywanie jego jest w jak najzupełniejszéj zgodzie ze zdaniami tak kol. Mikulicza jak i kol. Oettingera. Nie chodziło mu bowiem wcale o określenie zakresów działania, jakie w niedrożnościach jelit przypadają w udziale internistom lub chirurgom, lecz przeciwnie o wykazanie, że sprawa niedrożności jelit wymaga jednolitego, wspólnego widzenia rzeczy, i że powinna być traktowana jedynie tylko ze stanowiska ściśle umiejętnego, nie zaś ze stanowiska specyjalizmów lekarskich. Różnica w zapatrywaniu na niedrożność jelit i na wskazania do laparotomii, jaką spotyka się dotąd w podręcznikach lekarskich i chirurgicznych, jest szkodliwą dla postępu nauki, tak samo jak zbytni pośpiech lub naodwrót zbytnie zwlekanie z wykonaniem laparotomii szkodliwe są dla chorych. Zaprowadzenie takiéj statystyki, jaką proponuje kol. Mikulicz, uważa on jako niemożebne i niepraktyczne. Wobec licznych podstaw anatomicznych niedrożności trzebaby bardzo wielką liczbę chorych poświęcić, którychby jeszcze można było uratować przez wykonanie operacyi, podczas gdy temu samemu celowi służyć mogą przypadki dotychczas w literaturze opisane, gdzie w rozmaitych postaciach niedrożności bez operacyi nastało wyleczenie, jak niemniéj przypadki, gdzie chory albo nie chce się poddać operacyi, albotéż gdzie wykonaniu operacyi stoją na przeszkodzie inne warunki zewnętrzne. Powinniśmy dążyć do ogólnéj statystyki wyników niedrożności jelit po użyciu zabiegów chirurgicznych i bez tychże, a statystyka taka będzie niewątpliwie daleko lepszą zachętą do laparotomii, aniżeli statystyka wyłącznie chirurgiczna, wykazująca jedynie tylko odsetek przypadków wyleczonych za pomocą operacyi. — Zdanie kol. prof. Oettingera jest zupełnie słuszne, albowiem zaparcie kałowe jest bardzo częstą przyczyną nietylko zadrażnienia jelit, ale nawet zapalenia otrzewny, któreto ostatnie jeszcze bardziéj potęguje zwiotczenie jelit i utrudnia przesuwanie się dalsze kału. Środki kojące są w takich razach jedynie wskazanemi lekami. Jeżeli jednak zadrażnienie otrzewny nie przedstawia się w postaci wybitnego zapalenia, a nagłą przypady niedrożności, w takim razie kalomel lub olejek rącznikowy mogą być użyte z korzyścią, podczas gdy inne środki wypróżniające, podawane wewnętrznie, więcéj szkody przynoszą, aniżeli pomagają.

4. Kol. Obaliński przedstawia preparat pochodzący z resekowanéj przez siebie kiszki z powodu uwięźnięcia przepukliny pachwinowéj i mówi o postępowaniu w razie zgorzeli pętli jelita.

W dyskusyi biorą udział koll. Schramm i Mikulicz.

5. Kol. Obaliński przedstawia nowsze narzędzia używane w chorobach dróg moczowych, objaśniając wskazania i sposoby posługiwania się temiż. Nadto okazuje zbiór kamieni i żwirów wydobytych przez siebie z pęcherza moczowego.

Za sekretarza *Dr. Dobruchowski.*

V. Sekcyja okulistyczna na Kongresie międzynarodowym lekarskim w Kopenhadze 1884 r.

Sprawozdanie **Dra B. Wicherkiewicza.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 48).

Meyer z Paryża, mówi: O sztuczném doprowadzeniu zaćmy do dojrzałości. Wtórorzędne zaćmy powstają przeważnie ze wzmagającego się zwyczaju operowania zaćm, które nie są jeszcze dojrzałe. Ażeby wycięcie zaćmy mogło prawidłowy mieć przebieg i skutek, powinna cała soczewka zupełnie być zaćmioną, gdyż tylko wtenczas można ją doszczętnie usunąć. Dawniéj czekano, aż chory zupełnie nic nie widział, co jednakże w wielu przypadkach wcale się nie urzeczywistnia, a w takich razach lekarz jest w przykrém położeniu, gdy chory, nie widząc dostatecznie, domaga się operacyi, kiedy zaćma żadnych więcéj nie robi postępów. W wielu podobnych razach można ze skutkiem operować, w innych jednakże tworzy się wtórorzędna zaćma, albo zagojenie pooperacyjne daje długo na siebie czekać. W obec takiego stanu rzeczy ma wielkie znaczenie środek dozwalający zaćmę niedojrzałą lub powoli dojrzewającą sztucznie doprowadzić do prędkiego dojrzenia. Myśl tę pierwszy powziął i przeprowadził Förster. Sposób jego polega na nagniataniu soczewki przez rogówkę, co można wykonać z wycięciem tęczówki lub bez wycięcia. Stopień nagniatania nie da się oznaczyć, a wyobrażenie o nim przyswajamy sobie z doświadczenia. Wystarcza nagniatać wolno, łagodnie, dośrodkowo i na jak najszerszéj płaszczyźnie. Meyer używa do tego małego walca z szyldpatu poruszającego się na osi. Nigdy nie uważał, ażeby tęczówce groziło przytém jakie niebezpieczeństwo. Poprzednio zapuszcza się atropin. W ten

sposób ma dojrzenie uskutecznić się w przeciągu dwóch a najdalej czterech dni. Meyer poddaje nagniataniu tak twarde jądrowe jakoteż i miękkie zaćmy. W końcu pokazuje M. żywego królika, na którym przed trzema dniami zrobił nagniatanie poprzedzone nakłóciem rogówki. Mogliśmy się przekonać, że soczewka była w górnéj części zaćmioną. Meyer przyrzekł zrobić przy pomocy prof. Michela z Erlangi autopsyję, ażeby przekonać kolegów o tém, że przez nagniatanie torebka nie pękła. Ku wielkiemu atoli ubolewaniu naszemu nie słyszeliśmy co się stało z królikiem i jego ugniataną soczewką —I ten przypadek wywołał dość ożywioną rozprawę w któréj

Mooren z Dyseldorfu przypomina, iż już w roku 1858 zdawał Kongresowi w Heidelbergu sprawę z trzech przypadków operowanych w ten sposób, że rozciąwszy igłą soczewkę poddawał ją wpływom cieczy przedniéj komórki. W skutek tego powstały jednakże zaburzenia przez nierówne nabrzmienie soczewki, co nieraz pociągało za sobą utratę oka. Od tego czasu Mooren zmienił tę metodę, poddając oko kilku operacyjom. I tak najprzód wycina tęczówkę, w 2—3 tygodnie późniéj otwiera przednią część torebki za pomocą noża graefowskiego. W ten sposób w kilku dniach, nie narażając oka, sprowadza dojrzenie zaćmy. A sposób ten daje się zastósować do wszystkich postaci zaćm i wykonać w każdym wieku. Natomiast jest jedno przeciwwskazanie, a mianowicie miażdżycowe zwyrodnienie tętnic, które naraża oko przy takiém postępowaniu na powstanie sztucznéj jaskry. Operacyj powyższych wykonał Mooren przeszło 200, a w r. 1879, 28 razy bez utraty choćby jednego oka. Sposób Förstera, który Mooren zastósował w 12 przypadkach, nie daje tak pewnych wyników, jak jego własny.

Jany z Wrocławia nadmienia, iż sprowadza także sztuczne dojrzenie przez pocieranie gałki przez powieki, lecz bez instrumentów, które uważa za niebezpieczne.

Abadie, lubo zwolennik wyczekiwania dojrzałości zaćmy, sądzi, że przy obecnych sposobach operowania można i zaćmę niedojrzałą operować ze zadowalającym wynikiem. Sposobowi Förstera czyni ten zarzut, że chorzy niechętnie nań się godzą ze względu na to, że przezeń osłabia się jeszcze więcéj wzrok, który jakokolwiek choremu służył. Nagniatania są albo lekkie, łagodne, a wtenczas nie osiągniemy żadnego wpływu na soczewkę o czém się łatwo przekonać możemy, robiąc nakłócia rogówki w rozmaitych celach leczniczych (wypuszczenie ropy, krwi itd.), albo nagniatania te są mocne, a wtenczas operacyja staje się niebezpieczną, gdyż powstają w skutek niéj przyczepy tylne.

Magavly z Petersburga jest zwolennikiem Foersterowskiego sposobu i używał go także bardzo często; nigdy nie spostrzegł dłużéj trwającego zamglenia rogówki po dokonaném nagniataniu, które robi od środka ku obwodowi za pomocą haczyka używanego przy operacyi zezu albo téż łyżeczki Daviela.

Michel pyta się prelegenta, w jaki sposób wystawia sobie tenże wytwarzanie się w skutek tego rękoczynu zaćmy, na co Meyer odpowiada, że chwilowo nie jest w stanie dać objaśnienia.

Salomonsohn twierdzi, opierając się na swojém doświadczeniu, że sztuczne dojrzewanie nie jest połączone z żadném niebezpieczeństwem. Chorych swoich poprzednio nie atropinizuje. Zdarzały mu się téż tylne przyczepy w następstwie operacyi. W kilku przypadkach operacyja, mimo że była w odstępach 2—3 miesięcy powtarzaną, pozostawała bez najmniejszego wpływu.

Krüger z Frankfurtu, zwolennik téj operacyi, łączy ją z wycięciem tęczówki. (Z saméj obawy przed jaskrą radzi robić irydektomiję). Używanie osobnego instrumentu uważa za zbyteczne. Nagniata lekko, nawet części pokryte tęczówką.

Szóste posiedzenie 14 sierpnia popołudniu. Przewodniczący Coppez z Brukseli.

Michel z Würzburga mówi: „O chemicznym składzie soczewki". Ciała białkowate soczewki prawidłowéj były badane sposobem Hammarstena. W przecedzonym płynie znaleziono maleńką ilość białka surowiczego i ślady mucyny. W strąceniu spotkał Michel globulinę, a mianowicie globulinę odpowiadającą serumglobulinie. W stanie suchym soczewki można również wydostać istoty białkowate. Ztąd przypuścić wypada, że prawidłowe ciała białkowate prawidłowéj soczewki tworzą w nieprawidłowéj soczewce przemiany. Białko znika tutaj zupełnie. Temi samemi sposobami badał Michel soczewki uległe przemianie zaćmowéj starych osób i przekonał się, że jądro nie daje istot białkowatych a w korze znajdują się tylko odrobiny globuliny. W zaćmie urazowéj i przyjądrowéj mógł wykazać istoty białkowate te same, co w prawidłowéj soczewce.

Następnie Michel robi krótką wzmiankę: O ciepłocie oku właściwéj, którą u królika badał na drodze termoelektrycznéj. Przyjmując średnią temperaturę ciała 38·5° aż do 38·9°, znalazł w przedniéj komórce ciepłotę wynoszącą 31·9, a w środku ciała szklanego 36·1. Różnica ta tłumaczy się wyparowywaniem. Skoro tylko powieki zamykają się, ciepłota w przedniéj komórce wznosi się od 2—5°. Im więcéj zbliżamy się do części oka zawierających dużo naczyń, tém wyższą jest ciepłota, która znowu może się obniżyć w trójnasób, a nawet i więcéj po przyłożeniu na oko pęcherza z lodem; skoro zaś lód dłużéj pozostaje na oku, wytwarza się w kilka godzin zaćma.

Christensen z Kopenhagi odczytuje długą bardzo pracę: O ropiastém zapaleniu oka noworodków, o tegoż zapobieganiu i leczeniu. Przytoczymy z niéj tylko kilka szczegółów:

Statystyka wykazuje, że przeciwgnilne czyszczenie części rodnych podczas ciąży i porodu jest bez wpływu na powstrzymanie ropiastego zapalenia oka u noworodków, lecz i przemywanie ócz dziecka po narodzeniu za pomocą lekkich środków przeciwgnilnych, jakoto roztworów kwasu borowego i karbolowego, jest pod tym względem bezsilne. Natomiast statystycznie dowiedziono, że zapobiegające zapuszczenie w oczy noworodka sposobem Credégo 2% roztworu azotanu srebra, może bardzo znacznie zmniejszyć liczbę takich zapaleń, a nawet zupełnie chorobę usunąć. Zapalenia te noworodków powstają, według ostatnich spostrzeżeń, niewątpliwie w skutek zanieczyszczania ócz rzeżączką cewki moczowéj, zaczém przemawia już ta okoliczność, że we worku spojówkowym napotykamy w takich razach znamionujące prątki rzeżączkowe *(gonococcus)*. Ze względu na to, iż rzeżączka zaraźliwą jest we wszystkich swych okresach, a wiele kobiet bezwiednie jest nią dotkniętych, wyraża Christensen życzenie, ażeby obowiązkowo zaprowadzono zapobiegające postępowanie Credégo i to nietylko w szpitalach ale także w prywatnéj praktyce. Państwo występuje w takim razie nietylko w obronie ogólnoludzkich

względów, ale także i własną odnosi pieniężną korzyść przez zmniejszenie choroby, która pozbawiając dużo dzieci wzroku naraża skarb państwa na koszta. Wypadałoby zabronić akuszerkom leczenia ócz noworodków, na co się najzupełniéj z prelegentem zgadzamy, przekonawszy się niestety w nader licznych przypadkach, ile te osoby przez niewłaściwe postępowanie lub odciąganie chorych od zasięgnięcia rady lekarskiéj, wyrządzają nieszczęść. Aby ułatwić czuwanie w tym względzie, radzi Christensen, aby zniewolić akuszerki do obowiązkowego donoszenia o każdym przypadku ropiastego zapalenia oka, jakiby im się w praktyce ich zdarzył. Pod względem leczenia wypowiada Chr. znane tylko rzeczy nadmieniając, że w pierwszym zawiązku choroba ta prawie zawsze może być staranném leczeniem przerwaną. Im więcéj zaś zapalenie to rozwinęło się, tém więcéj unikać wypada środków czynnych. Wystrzykiwania wodą chlorową i jodoform są dobremi w takich razach środkami.

Do uwag nad powyższym odczytem zabrał głos:

Leopold z Drezna: Sposób Credégo jest zastosowany w Zakładzie położniczym w Dreźnie. Leczenie zapobiegawcze sprawiło, że przy pierwszym tysiącu dzieci nowonarodzonych zdarzyły się tylko 3 przypadki zapalenia. Odkąd zaś wyłącznie pierwszy asystent sam zajmuje się zapuszczaniem środka zapobiegającego, na 500 dzieci nie zdarzył się ani jeden przypadek choroby. Leopold poszukiwał u 18 kobiet ciężarnych albo téż rodzących *gonococcus*. Sposobu Credego naumyślnie w tych przypadkach nie zastosowano, a pokazało się, że tylko u dziecka téj kobiety, u któréj znaleziono *gonococcus*, wystąpiły w trzy dni po urodzeniu objawy zapalenia ropiastego.

Następnie mówi G. Martin z Bordeaux o zapaleniu oka i przyległych jego części, wywołaném przez niezborność. Martin zwraca uwagę na konieczność zastósowania oftalmometru i badania stanu łamliwości we wszystkich przypadkach. Badania te bowiem przekonały go, że niezborność może stać się przyczyną licznych chorób oka. Badanie przedmiotowe powinno odbywać się za pomocą przyrządu bardzo dokładnego; słabe już bowiem stopnie niemiarowości w południkach rogówki przyczyniają się widocznie do chorobowych zmian oka. Podmiotowo badać trzeba wszystkie przypadki, porównanie zaś wyników obydwóch sposobów badań daje nam bezpośrednio znakomite wskazówki. I tak:

1. Poucza nas o dynamicznéj niezborności soczewki, która jest innego rodzaju od niezborności rogówkowéj czyli innemi słowy, daje nam poznać stopień rzęskowych, częściowych ściągnień, tak zwanych poprawczych, które mogą być bezpośrednią przyczyną zapalnych objawów będących pośredniém następstwem niezborności.

2. Wykazuje nam kurczowe ściągnienie częściowe ciała rzęskowego, zupełnie niezależne od wszelkiéj nieprawidłowości w wypukłościach rogówki.

3. Wykazuje obecność częściowych rzęskowych skórczów w nadmiarze poprawczych (*Surcorrigeantes*). Z wszystkich tych niesymetrycznych ściągnień najczęściéj spotkać można pierwszy rodzaj. Oprócz chorób zapalnych wszystkie trzy rodzaje skurczu dają powód do rozmaitych objawów, a mianowicie: 1) Do objawów bolesnych (newralgije, migrena). 2) Do uderzeń krwi (cierpienia przewodu łzowego, łzawienie). 3) Do objawów kurczowych (kurcz powiek). 4) Do mroczek itd. Do wniosków tych naprowadziła Martina następująca okoliczność. Cierpienia i zapalenia pomienione zachodzą przeważnie u osób dotkniętych niezbornością; daléj bardzo często powracają te same choroby u tych samych osób, lecz zawsze tylko na tém oku, które jest niezborném, potém środki, które ubezwładniają mięsień rzęskowy, cudowny istnie wywierać mają wpływ w powyższych przypadkach; a w końcu szkła walcowate posiadają własność zapobiegania cierpieniom i niejednym zapaleniom. Już od 6 roku życia dziecka wykazać można niezborność jako powód rozmaitych zapaleń powiek, spojówki i rogówki (pryszczykowe). Zapalenia wywołane niezbornością nie posiadają żadnych właściwych sobie znamion, odznaczają się może jedynie bardzo przewlekłym biegiem i łatwemi wznówkami. Prelegent występuje przeciwko mniemaniu, jakoby niezborność była następstwem a nie przyczyną zapaleń rogówkowych. Pod względem leczniczym zaleca autor atropin nawet podskórnie, uwzględnia ogólny stan i przepisuje szkła walcowe.

Chibret robi wzmiankę co do statystyki sporządzonéj przez autora, który porównywa chorych dorosłych z prawidłowemi dziećmi. Chibret sądzi, że niezborność rozwija się tak samo jak i krótki wzrok i zaostrzenie się rysów twarzy od 15—20 roku, co sprawia, że niezborność prawidłowéj krzywéj rośnie i równa się krzywéj patologicznéj, w ten zaś sposób krzywa prawidłowa nie miałaby żadnego znaczenia a początek niezborności stałéj nie miałby już podstawy statystycznéj.

Hansen Grut nie umie sobie wytłumaczyć tego, co powiedział Martin, że u wielu chorych choroby wznawiają się zawsze na oku, które samo jedno z dwóch jest niezborném, gdyż poprawcze skurczenie się u oka niezbornego daje powód do podobnego ściągnienia w drugiém (zdrowém) oku, w skutek czego obydwa oczy stają się niezbornemi.

Martin odpowiada na to, że chociaż ta wspólna czynność często się zdarza, nie jest ona jednakże prawidłową a w przypadkach, na których się M. opiera, nie było nigdy dynamicznéj niezborności w oku, u którego nie zachodziła niezborność rogówkowa.

Gayet uważa to za rzecz dziwną, ażeby zapalenie rogówki wywołane niezbornością miało występować przed wiekiem, w którym człowiek najwięcéj pracuje.

Martin odpowiada, że siła ściągnień rzęskowych poprawczych bywa tém większą, im obszerniejszą jest siła nastawcza (akomodacyja) oka i że właśnie w dziecięcym wieku zołzowatość, która usposabia do zapaleń, najwięcéj się objawia.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 23—29 listopada umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 20,8. Z płonicy umarło 2 (1 z. t.); z duru brzusznego 2 (1 z. t.); z róży 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 2 przypadkach odry (3 z. t.); 3 płonicy (5 z. t.); 2 błonicy (4 z. t.); 2 duru brzusznego (1 z. t.); 0 duru osutkowego (1 z. t.). W tygodniu od 16—22 listopada umarło z ospy w Londynie 33, leczyło się w szpitalach 816, świeżo zapadło 160. Z ospy umarło w Warszawie, Wiedniu, Budapeszcie, Pradze i Petersburgu po 1, w Madrycie 2, w Lizbonie 4, w Wenecyi 8. Odra panuje w Amsterdamie i Kopenhadze. Z duru osutkowego umarło w Amsterdamie i Murcyi po 1, w Londynie i Madrycie po 2. Z cholery umarło w Paryżu od 14—15 listopada 250, od 16—22 listopada 238. W Kalkucie umarło od 5—11 października 10, w Madrasie od 11—17 października 11, w Bombayu od 15—21 października 5.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 16—22 listopada umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 28,2; w Warszawie 27,7; w Poznaniu 27,8; w Wiedniu 19,4; w Budapeszcie 22,5; w Pradze 27,1; w Berlinie

25,9; w Hamburgu 26,4; w Gdańsku 23,6; w Mnichowie 24,7; w Dreźnie 21,8; w Lipsku 22,1; w Bazylei 13,2; w Brukseli 25,5; w Amsterdamie 30,2; w Hadze 17,4; w Paryżu 30,1; w Londynie 19,7; w Kopenhadze 25,5; w Stokholmie 24,6; w Chrystyjanii 18,0; w Petersburgu 21,8; w Odesie 28,6; w Rzymie 21,3; w Wenecyi 28,6; w Bukareszcie 26,3; w Madrycie 28,1; w Lizbonie 29,4; w Aleksandryi 34,3; w Nowym Yorku 25,3; w Filadelfii 18,0; w Bombayu 30,2; w Madrasie 28,8. *J. B.*

Śmiertelność we Lwowie (liczącym 115.544 m. łącznie z 6.000 załogi wojsk.). W tygodniu od 16—22 listopada rb. umarło osób 59, co odpowiada na rok i 1,000 m. 26·6. W tej liczbie zmarło 10 osób z ospy, 3 z błonicy.

W tygodniu od 23 do 29 listopada rb. zmarło 84 osób, co odpowiada na rok i 1000 mieszkańców 37·8. W tej liczbie zmarło 11 osób z ospy, 2 z płonicy, 3 z błonicy.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 11 grudnia. W budżecie przedłożonym Radzie państwa przez p. Ministra skarbu umieszczoną jest suma 100,000 złr. jako druga rata na budowę gmachu uniwersyteckiego w Krakowie, oraz kwota 40,000 złr. (nie 35,000 złr., jak poprzednio doniesiono) jako pierwsza rata na budowę kliniki chirurgicznej. Koszta budowy kliniki tej podane są w przybliżeniu na 95,000 złr., a zakład stanie na gruncie szpitala św. Łazarza, bezpłatnie przez Wydział krajowy ofiarowany.

* W sobotę przeszłą odbył się akt uroczysty imatrykulacyi nowozapisanych uczniów Uniw. Jagiell. Akt ten rozpoczął rektor prof. Rydel od świetnego przemówienia, w którém zwrócił uwagę nowo zaciągających się obywateli akademickich na obowiązki ich wobec szkoły i kraju. Do imatrykulacyi przystąpiło 283 uczniów, a mianowicie teologów 21, prawników 155, medyków 83, filozofów 24. Liczba wszystkich uczniów wynosi w półroczu zimowém 940, a mianowicie teologów 69, prawników 412, medyków 346, filozofów 82, farmaceutów 37. W porównaniu z rokiem przeszłym liczba uczniów zwiększyła się o 68.

* Otrzymaliśmy Rocznik Medycyny krajowéj; jestto rocznik 7my wydawnictwa Dra J. Rogowicza, b. redaktora *Medycyny*. Jak poprzednie, tak i ten rocznik składa się z dwóch części: z przeglądu prac lekarskich polskich, ogłoszonych od 1go lipca 1883 do ostatniego czerwca 1884 i z kalendarza. Część 1sza, obejmująca stronnic 291, mieści w sobie sprawozdania z 197 prac, ogłoszonych przez 122 autorów; prace te dla odpowiedniego poglądu ujęte są w 14 działów, a sprawozdawcami są: koll.: Dunin (działu 1—3), Dobrzycki i Mączewski (działu 4go), Matlakowski (5go), Rogowicz (6go), Kamocki (7go), Żera (8go), Rybicki (9go), Mackiewicz (10—12go). Dobrzycki (13go). Ze sprawozdań przypada na prace drukowane w *Gazecie Lekarskiéj* 97, w *Przeglądzie Lekarskim* 48, w *Medycynie* 36, w *Pamiętniku Tow. lek. warsz.* 13, w *Pismach Akademii* 4, w *Roczniku zbiorowym* i *Przewodniku gimn.* po 1, dzieł osobno wydanych było 4. — Część druga jest kalendarzem lekarskim na rok 1885 tak pod względem objętości jakotéż układu i treści w zupełności odpowiadającym swemu celowi. Ponieważ treść naukowa jest odmienną od zeszłorocznej, więc kalendarz odznacza się przed innemi podobnemi wydawnictwami, które zazwyczaj stereotypowo powtarzają rok rocznie jedno i to samo. W spisie profesorów Wydziału lek. warszawskiego brak prof. Tyrchowskiego, który przeniesiony został w stan spoczynku; liczba lekarzy w Warszawie praktykujących (322) znów się powiększyła o 29 w porównaniu z rokiem przeszłym. — Życzymy rocznikowi najlepszego powodzenia, na które rzeczywiście zasługuje pod każdym względem.

* Doszedł nas 5ty tom *Index-Catalogue of the library of the Surgeon-General's Office U.-S. Army*, Washington, 1884. Tom ten mieści w sobie od wyrazu Flaccus do Hearth 15,555 nazwisk autorów, 5755 dzieł i 12,596 rozpraw, nadto 8069 tytułów dzieł i 34,127 tytułów prac, ogłoszonych w rozmaitych czasopismach peryjodycznych lekarskich. O ogromie pracy można powziąść przekonanie po przejrzeniu tomu, a pojąć trudno, jakim sposobem jeden człowiek tak szybko zdobywa się na wydanie dzieła na tak wielkie rozmiary założonego i tak punktualnie wywięzuje się ze swego olbrzymiego zadania. Śmiało powiedzieć można, że Dr. Billings jest pod tym względem niedoścignionym.

* **Wiedeń**. Prof. Fritsch i Dr. Eiselsberg otrzymali od pruskiego ministra spraw wewnętrznych pozwolenie brania udziału w kursach bakteryjologicznych Kocha, urządzonych dla lekarzy wojskowych niemieckich i udali się w tym celu do Berlina.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Praga czeska.** Prymaryjusz i docent prywatny Dr. Neureutter mianowany został prof. nadzw. pedyjatryi w Wydziale czeskim.

* **Wiadomości osobowe**. Dr. Wołczyński w Czerniowcach mianowany został profesorem w tamecznym zakładzie dla akuszerek. — Dr. Henryk Otto mianowany został starszym lekarzem w armii czynnéj.

* **Nekrologija**. W Królewcu umarł fizyjolog prof. Wittich w 64 roku życia, w Tübindze fizyjolog Vierordt, a w Berlinie dyrektor ogrodu zoologicznego Dr. Bodinus.

W Lipsku umarł w 66 roku życia prof. chemii Kolbe, w Londynie znany patolog i lekarz praktyczny Dr. Mohamed, a w Paryżu higijenista prof. Fonssagrives.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 47: Zagórskiego: Przyczynek do kazuistyki szwów nerwowych; Heringa: Kwas chromny jako środek leczniczy w chorobach nosa, gardzieli i krtani (dok.); Rothego: Podstawy psychijatryi tegoczesnéj (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 47: Krokiewicza: O niektórych nowszych lekach, polecanych przeciw chorobom wewnętrznym (c, d.).

Redakcyja otrzymała:

Rocznik Tow. lek. krakowskiego. Rok 1883. Rok II. Kraków 1884, in 8vo str. XXIV i 42.

Dr. WICHRKIEWICZ (w Poznaniu): O podwinięciu powiek i wzrośnięciu rzęsów. (Osobne odbicie z Książki jubileuszowéj Szokalskiego) in 8vo str. 45

Sekcyja lwowska Tow. lek. gal. odbędzie XII zwyczajne posiedzenie naukowe w sobotę dnia 20go grudnia 1884 o godzinie 6éj wieczór w Ratuszu, na którém: 1) kol. Dr. Laskiewicz odczyta rzecz o paraldehydzie i innych środkach nasennych, 2) kol. Dr. Pisek mówić będzie o leczeniu tyfusu a 3) kol. Dr. Wiktor o skutkach stosowania kokainu.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 17 grudnia o godzinie szóstéj popoł. w Sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwyczajne, na którém: 1) Kol. Kohn mówić będzie: Z kazuistyki ginekologicznéj: *Vagina septa infra simplex. Operatio*; 2) odbędą się wybory urzędników Towarzystwa na rok 1885.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

KONKURS

na posadę lekarza miejskiego rozpisuje Zwierzchność gminna miasta Jordanowa z roczną płacą 300 złr. i dochodami z oględzin bydła i zwłok.

Warunki przyjęcia i bliższe szczegóły udzieli Zwierzchność gminna.

Termin wnoszenia udokumentowanych podań włącznie do 20 Grudnia 1884.

L. 1693.

KONKURS.

W celu obsadzenia posady sekundaryjusza i lekarza domowego przy izraelickim szpitalu i domu kalek we Lwowie rozpisuje się niniejszém Konkurs.

Z tą posadą połączona jest płaca roczna 300 złr., którą się ewentualnie powiększy do sumy 500 złr. w. a., wolne mieszkanie w szpitalu, opał i światło.

Posadę rzeczoną nadaje się na przeciąg trzech lat, a petenci mają się wykazać dyplomem uzyskanego stopnia Doktora wszech nauk lekarskich, względnie Doktora medycyny i chirurgii i powinni być stanu wolnego. Obowiązki z tą posadą połączone określa bliżéj statut szpitalny.

Podania winny być wniesione do kancelaryi naszéj najdaléj do końca Grudnia 1884.

Przełożeństwo Zboru izrael.

Lwów dnia 14 Listopada 1884.

Wydział pożyczkowy Towarzystwa Wzajemnéj Pomocy Uczniów Uniwersytetu Jagiellońskiego, wzywa wszystkich tych Panów, którzy za czasu swych studyjów uniwersyteckich w Krakowie między rokiem 1866—1882 z funduszów Towarzystwa pożyczki uzyskali, a takowych po dzień ogłoszenia nie zwrócili, do rychłego zwrotu takowych, ewentualnie do porozumienia się z Wydziałem.

W obec wzmagającéj się z rokiem każdym liczby niezasobnych Członków Towarzystwa, Wydział nie chcąc się minąć z celem Towarzystwa, widzi się zmuszonym w razie gdyby niniejsze ogłoszenie aż po dzień 31 Grudnia 1884, pożądanego nie odniosło skutku, z wszystkimi tymi Panami postąpić w myśl obowiązujących regulaminów i statutu.

Wszelkie odnośne listy adresować należy do Wydziału pożyczkowego Tow. Wzajemnéj Pomocy Uczniów Uniw. Jagiell. w Krakowie, ulica Grodzka, Collegium-Juridicum.

Uprasza się wszystkie pisma polskie o łaskawe powtórzenie ogłoszenia niniejszego.

W Krakowie 19 Listopada 1884.

A. Hoszowski sekretarz. **Justyn Karliński** wiceprezes.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.